**แบบ ข.ย. ๑๔**

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่

วันที่ เดือน

 พ.ศ.

ข้าพเจ้า …………………………………………………………………………….

อายุ ปี สัญชาติ

เลขที่บัตรประชาชน 🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆🗆

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ .โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E mail

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ .โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E mail

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

🗆 ผู้ประกอบวิชาชีพ

(๑) ข้าพเจ้าเป็น 🗆 ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. วันหมดอายุ (ถ้ามี)

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า 🗆 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

🗆 รับราชการหรือทำงานอยู่ที่

เวลาราชการ / เวลาทำงาน

(๔) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เวลาปฏิบัติการ

**แบบ ข.ย. ๑๔ หน้า ๒**

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวกับยากำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็น
ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ
(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน
(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน
(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อ

เจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

 **ผู้ให้คำรับรอง**

 **พนักงานเจ้าหน้าที่**

**(ลายมือชื่อ)
(ลายมือชื่อ)**

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง 🞏 หน้าข้อความที่ต้องการ

**แบบ ข.ย. ๑๔ หน้า ๓**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

( )

ตำแหน่ง ..........................................................................................



คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
พ.ศ. ๒๕๕๖

ข้าพเจ้า ........................................................................................................................................................................... ตำแหน่ง............................................................................................... ชื่อหน่วยงาน ................................................................... ตั้งอยู่ ณ เลขที่................ หมู่บ้าน/อาคาร ...................................................ตรอก/ซอย .............................................................หมู่ที่ ........................ถนน .........................................ตำบล/แขวง ................................................................................................อำเภอ/เขต................................................................ จังหวัด .............................................รหัสไปรษณีย์ ....................................โทรศัพท์................................ มือถือ................................................. E-mail ……………………………………………………………………..

 เป็นผู้บังคับบัญชา / หัวหน้างาน ของ . เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้มี

 หน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่งประจำ คือ.............................................. สังกัด (แผนก/ฝ่าย) ...............................

 ในหน่วยงานชื่อ .............................................................. เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ.................................................... น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

**เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทางานประจา** (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า**ไม่ได้**รับราชการหรือทางานประจาที่ใด ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคารับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดาเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ ………………………………………..

(เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)